

N.B.: Compilare il modello
in ogni sua parte.

ALUNNO: Cognome _____ nome _____

Codice Fiscale _____

abitante in via _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ () Cellulare alunno/a _____

Cittadinanza _____

E mail alunno/a _____ Voto Licenza Media _____

PADRE: Cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Titolo di Studio _____ Professione _____

Indirizzo _____

Numero di telefono fisso _____ cellulare _____

Eventuale ulteriore recapito luogo di lavoro _____

E-mail _____

PEC _____

MADRE: Cognome _____ nome _____

nata a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Indirizzo _____

Numero di telefono fisso _____ cellulare _____

Eventuale ulteriore recapito luogo di lavoro _____

E-mail _____

PEC _____

TUTORE: Cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Indirizzo _____

Numero di telefono fisso _____ cellulare _____

Eventuale ulteriore recapito luogo di lavoro _____

E-mail _____

PEC _____

L'alunno/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie SI ☐ NO ☐